

資格	得年	<h1>記入不要</h1>	係
喪年			
標額	千		

ソニー健康保険組合 健康保険給付請求書 (記入例) 在職中の方(1ヶ月以内に退職予定のない方) 1ページ目

①被保険者証の 記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名・押印 ●被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要	健保 太郎	
③被保険者の 生年月日	昭和 52年 8月 1日	④被保険者の 資格取得年月日	昭和 平成 10年 4月 1日	
⑤被保険者の住所 ※支給決定通知書の送付、及び 不備書類返却の際に使用します	〒 999 - 9999 〇〇県△△市××99-99			
⑥日中連絡の取れる電話番号 ※お問い合わせの際に使用します ※複数可	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先	99 - 9999 - 9999	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先	- -
⑦被保険者の本籍会社名 ※出向中の方は出向元会社。(給与の支払を受けている会社)	〇〇××株式会社		⑧被保険者の 業務の種類別	<input type="checkbox"/> 事務 <input checked="" type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 開発 <input type="checkbox"/> 設計 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> 販売 <input type="checkbox"/> その他 ( )
⑨傷病名	胃潰瘍		⑩発病又は 負傷の年月日	平成 26年 11月 1日
⑪傷病の療養をする ために休んだ期間	平成 26年 11月 15日 から 平成 26年 11月 23日 まで 9日間			
⑫ ⑪の期間に対する 報酬はありますか	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑬通勤途上や業務上に 負傷したものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑭第三者の行為によって 負傷したものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	⑮ ⑭で「はい」と答えた場合は その事実を当健保に届出ていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑯発病(負傷)時の状況を 詳しく記入して下さい	食事の後、胃が痛みはじめ、痛みが強くなった為に病院へ行ったら入院となった。			
⑰「障害手当金」又は「障害 年金」を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ →「はい」の場合は「年金証書(写)」を添付	⑱ ⑰の	忘れずに委任状をご記入ください	
⑲ ⑰が「はい」の場合はその 年額に変更がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →「はい」の場合は「年金額改定通知書(写)」を添付			
<b>委任状</b> ※押印必須(外国国籍を有する方のみサイン可) 給付金の受領を上記⑦に記載の事業主に委任します。 平成 26年 12月 20日 被保険者住所 〇〇県△△市××99-99 被保険者氏名 健保 太郎				
退職者、任意継続被保険者の方は記載不要。				
※この請求書を提出する時点で退職している、もしくは1ヶ月以内に退職する方で、任意継続被保険者でない方は、以下の振込先にご本人名義の振込先を記載してください。				
振込先 ●銀行か郵便局 のどちらか 一方を記入	忘れずに同意書をご記入ください		通店番 座口座番号 番号	認印可 シャチハタ不可 外国国籍を有する方のみサイン
<b>同意書</b> ※押印必須(外国国籍を有する方のみサイン可)				
ソニー健康保険組合 理事長 殿				
健康保険法に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、ソニー健康保険組合が関係機関に対して、給付記録・療養の給付記録・診療履歴・年金等 他の法令による保険給付受給に関する情報等の照会を行うこと、また、関係機関が上記照会の回答をすることに同意いたします。				
※関係機関とは、前加入保険者、医療機関、年金事務所等を指します。 ※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。				
平成 26年 12月 20日	被保険者証の記号	999	被保険者証の番号	999999
	被保険者住所	〇〇県△△市××99-99		
	被保険者氏名	健保 太郎		

≪裏面につづく≫

退職者は退職時の業務にチェックして下さい。

被保険者が記入するところ

[注意事項]

1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
2. 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
3. 提出された請求書については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合)
4. 内容により、保険者から照会させていただく場合がありますので、予めご了承下さい。

※ 個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

認印可  
シャチハタ不可  
外国国籍を有する方のみサイン

②①		平成 26年 11月 23日 まで		9	日間
事業主が記入するところ	②② 上の期間中	<div style="border: 2px solid black; padding: 20px; text-align: center;"> <h1>事業所で証明をしてもらおう</h1> </div>			28 29 30 31
	平成 26年				28 29 30 31
	平成 年				28 29 30 31
	平成 年				28 29 30 31
	平成 年				28 29 30 31
	平成 年				28 29 30 31
②③ 上の期間として報酬を支給した					
②④ 報酬を支給した場合その					
②⑤ 上記のと					
平成 26					
		事業所名称	〇〇××株式会社		
		事業主氏名	健保 太郎		(印)
		電話番号	99-9999-9999		

〔担当者の方へ〕

- 訂正した場合は、必ず訂正印（事業主印）を押して下さい。
- ②③欄 給与締めごとに証明し、出勤した日に対する報酬は差し引いて、休業中の報酬を証明して下さい。
- ②③欄 第1回目の請求の場合は待期間（3日間）と、それ以外の期間を別に証明して下さい。

療養を担当した医師が意見を書くところ	②⑤ 患者氏名	健保 太郎	②⑥ 傷病名	胃潰瘍		
	②⑦ 発病又は負傷の原因	<div style="border: 2px solid black; padding: 20px; text-align: center;"> <h1>病院で詳しく証明をしてもらおう</h1> </div>				
	②⑧ 発病又は負傷の年					1月 1日
	②⑩ 労務不能と認められた期間					5日間
	②⑫ 上の②⑩の入院し					
	②⑬ 上の②⑩の期間における傷病につ					たため、入院加療とし
上記のと	平成 20					
		医師の氏名	□□ □□		(印)	
		電話番号	88 ( 8888 ) 8888			

〔医師の方へ〕

- 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- ②⑨の欄は、初診日ではなく、その傷病について健康保険による療養を始めた日を記入して下さい。
- ②⑩の欄は、**意見書を記入する日以前において**、労務不能と認められた期間を記入して下さい。（先日付の証明はお受け出来ません）
- ②⑬の欄は、具体的に詳しく記入して下さい。内容により、保険者から照会させていただく場合がありますので、予めご了承下さい。 傷手1 H27.4